**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA**

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ultimos 4# del Seguro Social #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(tu nombre) solicito y autorizo a mi proveedor en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

para divulgar información de atención médica solicitada por:

**Nombre de Agencia: Western Mass Care Solutions, LLC**

Esta solicitud y autorización se aplican a lo siguiente:

* La información de atención médica relacionada con la atención, el tratamiento, las condiciones o las fechas específicas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Toda la información de atención médica, incluidos diagnósticos, resultados de pruebas de laboratorio, tratamientos y registros de facturación para todas las afecciones.

El consentimiento para divulgar información vence un año a partir de la fecha en que se firma la Autorización o al finalizar los servicios con la agencia inscrita. La Autorización sigue siendo válida hasta su vencimiento, revocación por el cliente por escrito, personalmente o por teléfono antes de la fecha de vencimiento. El cliente podrá retirar su autorización en cualquier momento excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas.

**Definición:** Enfermedad de transmisión sexual (ETS) según lo define la ley, RCW 70.24 et seq., incluido herpes, herpes simple, virus del papiloma humano, verrugas, verrugas genitales, condiloma, clamidia, uretritis no específica, sífilis, VDRL, linfogranuloma vereneuem, VIH. (Virus de Inmunodeficiencia Humana), SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) y gonorrea.

* **Sí,** autorizo ​​la divulgación de mis resultados de ETS y pruebas de VIH/SIDA, ya sean negativos o positivos, a las personas mencionadas anteriormente. Entiendo que se notificará a las personas mencionadas anteriormente que debo otorgar un permiso específico por escrito antes de revelar los resultados de la prueba a cualquier persona.
* **No**, No autorizo ​​la divulgación de los resultados de mis pruebas de ETS y VIH/SIDA.
* **Parcial:** SÓLO publicar resultados de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_